

T. C.
Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı
Ankara Numune Hastanesi
6. Cerrahi Kliniği
Şef : Doç. Dr. Nusret ARAS

FEMORAL FITIKLAR İÇİN
YENİ BİR YÖNTEM :
LATERAL FASCİA TRANSVERSALİS
FLEBİ İLE ONARIM

Uzmanlık Tezi

Dr. Metin BERBEROĞLU

ANKARA — 1987

T.C.
Sağlık ve sosyal Yardım Bakanlığı
Ankara Numune Hastanesi
6 . Cerrahi Kliniği
Şef : Doę.Dr. Nusret ARAS

FEMORAL FITIKLAR İÇİN
YENİ BİR YÖNTEM :
LATERAL FASCİA TRANSVERSALİS
FLEBİ İLE ONARIM

Uzmanlık Tezi

Dr. Metin BERBEROĞLU

Ankara, 1987

Değişmez kural, değişmez kuralın olmayacağıdır.

Bernard SHAW

ÖNSÖZ

Tüm dünyada her yıl binlerce fitik ameliyatı yapılmaktadır. Bunların yaklaşık onda biri femoral fitiktir ve inguinal herniler için nasıl kesin kabullenilmiş bir onarım metodu yoksa, bu durum femoral herniler için de aynen geçerlidir. Gerek uygulamada, gerekse düşünsel düzeyde yapılmakta olan fitik onarım modelleri üzerinde taşıdığımız endişeler bizi bazı yeni bakış açılarına yöneltti. Böylece bu çalışmanın konusu olan yeni bir fitik onarımının düşünsel temelleri atılmış oldu. Umudum bu yolla femoral fitik cerrahisine bir nebze katkıda bulunmuş olmaktır.

Kendisinden yalnızca cerrahi sanatının inceliklerini öğrenmekle kalmayıp, bir insan olarak kendime örnek seçtiğim değerli hocam Sayın Doç. Dr. Nusret ARAS'a en içten teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman yakın ilgi ve yardımlarını benden esirgemeyen Op.Dr.Ömer TUZCU, Op.Dr. Hasan KARAAGAÇ, Op.Dr. Atila KORKMAZ ve Op.Dr. Arif ÖZDEMİR'e de ayrı ayrı teşekkür ederim.

Asistanlık döneminde karşılıklı saygı ve sevgi içinde birlikte çalıştığımız tüm asistan arkadaşlarıma teşekkürü bir borç bilirim.

Klinik içi çalışmalarda dostluk bağları içinde görev yaptığımız tüm hemşire arkadaşlarıma da ayrı ayrı teşekkür ederim.

Dr.Metin BERBEROĞLU

İÇİNDEKİLER

I....GİRİŞ	1
II...FEMORAL FITİK ONARIMINDA TARİHİ GELİŞME	3
III...İNGUİNO-FEMORAL ANATOMİ	8
IV...KISA KLİNİK BİLGİ	13
V....İNGUİNAL ve FEMORAL FITİKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİNDE TEMEL PRENSİPLER	17
VI...MATERYAL ve METOD	19
VII...TARTIŞMA	28
VIII.SONUÇ	36
IX...ÖZET	37
X....KAYNAKÇA	38

GİRİŞ

Femoral fıtıklar, gerek yüksek oranda boğulmaları, gerekse uygulanan cerrahi tedavilerin yüksek nükslere sahip olmaları ile dikkat çekicidir (5,6,7,8,13,15,17,18,20,27,29).

19.Yüzyılın ortalarına kadar henüz anestezi ve antisepsi gelişmemiş olduğu için femoral fıtıklar ancak boğulma riski ile ameliyat ediliyor, elektif girişim yapılmıyordu (18).

1846'da anestezinin, 1867'de de asepsinin bulunup yaygın olarak kullanıma girmesi ile birlikte çeşitli ameliyat yöntemleri uygulanmaya başlandı (6,10,11,12,13,15,17,18,19, 20, 21,24,27,29).

Tüm çalışmalara rağmen femoral fıtıklardan sonra nüks hala % 3-6 arasındadır ve problem çözüm bulmuş değildir.

inguinal yaklaşımlar içinde nüks olasılığı en az olan ameliyat modeli % 3 ile McVay tarafından popülerize edilen Lothissen'in inguinal yaklaşımı görünmektedir (16,17,18,26).

Biz kliniğimizde fascia transversalisin iç halkadan pubise kadar kesilmesi ile oluşturulan lateral flebin iç kenarının Cooper ligamentine dikilmesi ile femoral kanalın abdominal açıklığını kapatmaya yönelik yeni bir yöntem geliştirdik ve hastalarımıza uyguladık.

Amacımız; femoral fıtıkların cerrahi tedavisi için önerilen bu yeni ameliyat modelini tartışmak ve uygulamanın erken sonuçlarını vermektir.

FEMORAL FITİK ONARIMINDA TARİHİ GELİŞME

Femoral fıtık onarımında gerek fıtık kesesine ulaşmak, gerekse kanalın onarımını yapmak için temel üç yaklaşım şekli söz konusudur: Femoral, inguinal ve Preperitoneal. Burada her üç tip yaklaşımın tarihi gelişimlerini ayrı ayrı ele alacağız (19).

FEMORAL YAKLAŞIM (Low approach, inguinal yaklaşım) :

Bu yaklaşım ile Poupart ligamentinin altından femoral keseye ve kanala ulaşım söz konusudur.

İlk kez 1870 yılında Marcy bu yolu kullandı. Fıtık kesesinin eksize edilme gerekliliğini ilk vurgulayan da aynı otördür (11,18).

Socin 1879'da yalnızca fıtık kesesini çıkarmış, ancak herhangi bir onarım yapmamıştır.

1885 'de Wood tel veya tendon dikişlerle femoral kanalı aşağıdan daraltmayı savunmuştur (18).

Yukarıdaki gibi bazı denemelerden sonra gerçek onarıma yönelik olarak , Cushing 'i görüyoruz. Cushing 1888 ' de yayınladığı yazıda subinguinal yaklaşım ile Poupart ligamenti ile Pectineus fasciası arasına dikişler konulmasını, ayrıca üzerine fossa ovalisin kenarlarını daraltıcı dikiş konulmasını önermiştir (11,18).

Bu arada Bassini 1884'den başlayarak Cushing'in metoduna benzer bir yöntemi hastalarına uyguladı ve 1894'de yayınladı. Son iki cerrahın yöntemleri arasındaki tek ayrım, Cushing'in fıtık kesesini çıkarmamasına karşın, Bassini'nin fıtık kesesini bağlayıp çıkarmasıdır (11,26,29).

Bassini'yi izleyen dönemde Ochsner, 1906 da yayınladığı bir makalede , yalnızca kesenin çıkarımını sağlayan ancak onarıma yönelik herhangi bir dikiş konulmayan yöntemini anlattı (11).

1937 'de Kirshner femoral yaklaşım ile Poupert ve Cooper ligamentleri arasına dikişler koydu (20).

İNGUİNAL YAKLAŞIM (Oblique Approach) : Bu yaklaşım şekli; M.Obliquus Externus Aponevrosunun açılıp, Hasselbach üçgeni yolu ile femoral kanala içeriden ulaşmayı ön görür.

1876 yılında Annendale, aynı tarafında direkt, indirekt ve femoral hernisi olan bir hastayı ameliyat ettiğini yayınladı . Annendale bu üç keseye de yüksek disseksiyon uygulamış; ancak keseleri eksize etmemiş , birbirine katgüt ile bağlamıştır. Daha sonra bunlardan geçirilen ipek bir suture ile keseleri femoral kanaldan dışarı çekmiştir. Bu suture de bir hafta sonra keserek çıkarmıştır. Bu ameliyatta herhangi bir onarım söz konusu değildir (11).

Cooper ligamenti herni onarımında ilk kez 1892 yılında

Ruggi tarafından kullanılmıştır. Cooper ligamenti, Poupart ligamentine dikilerek femoral kanal girişı tümden kapatılmıştır. Bu ameliyatı 1907 'deki yayını ile Moschcowitz popülerize etmiştir (11,20).

Lothissen 1898 yılında ilk kez tendon konjuan 'ı Cooper ligamentine dikerek yaptığı onarımı yayınladı (18). Bu uygulamaya 1942' de McVay, Halsted'in klasik relaksasyon insizyonunu eklemiş ve popülerize etmiştir. Ancak McVay yazılarında Cooper ligamentine transversus ve obliquus internus kaslarının alt kenarlarını diktığını belirtmesine karşın, popüler olarak fascia transversalisin medial yaprağının Cooper ligamentine dikilmesi söz konusudur. İşte ş  anda McVay onarımı olarak bilinen ameliyat budur (15,16,29).

Tanner ise benzer bir yolla rectus dış kılıfını geniş bir relaksasyon insizyonu ile Poupart'a dikmektedir (24).

PREPERİTONEAL YAKLAŞIM (High Approach) : Bu başlık altında femoral kanala ve keseye ulaşmak için tanımlanmış bazı modelleri inceleyeceğiz.

1883 yılında Tait , over tümörü nedeni ile yaptığı bir ameliyat sırasında hastada bir femoral herni saptamış, bunun üzerine keseyi disseke etmiş ve femoral halkayı ipek sütür ile kapamıştır. Ancak keseyi çıkarmamıştır. Sonraları Tait

gibi bir çok jinekolog bu yöntemi zaman zaman uyguladılar.

Bunlardan Kelly (1898) , onarım için Poupart ligamenti ile fascia lata arasına 1 veya 2 adet matress dikiş koymuştur . Tanımlanan bu iki uygulama transperitoneal yaklaşım ile gerçekleştirilmiştir (11).

1920 ' de Cheatle ekstraperitoneal yaklaşım ile femoral kanala ulaşmış , keseyi ligatüre etmiş , ancak eksizyon yapmamıştır . Onarım için Cooper , Poupart ve Gimbernat ligamentleri arasına sutureler koymuştur (11).

Henry 1936 'da benzer bir modeli yayınlamıştır. Henry bilateral femoral herni için tanımladığı bu ameliyatında orta hat kesisi ile ekstraperitoneal yoldan femoral kanala ulaşmış, keselere yüksek ligasyon ve eksizyon uygulamıştır. Pectineus fascia'sından hazırladığı flebi femoral kanalın girişini kapamak üzere Poupart'a dikmiştir. Buna ek olarak Thomson ile Poupart ligamentleri arasına sutureler koymuştur (11,19,20,29).

1950 yılında McEvedy, Lateral Rektus Yaklaşımı adı altında bir operasyon modeli yayınladı. Bu ameliyatta rektus kılıfına vertikal bir kesi yapılarak kas mediale itilir. Preperitoneal yolla femoral halkaya ulaşılır. Onarım için transversus abdominis aponevrozu ile Cooper ligamenti arasına tek tek dikişler konulur (15).

1955 yılına gelindiğinde Nyhus, kendi ameliyat yöntemini yayınladı . Nyhus'un tanımına göre rektus ön kılıfında transvers bir insizyon yapılır ve rektus kasi mediale itilerek inguinal bölgeye arkadan yaklaşılmış olunur . Onarımda iliopubik traktus ile Cooper arasına tek tek dikişler konur (11,19).

Wapnick, Afrika zencilerinde yaptığı araştırmada büyümüş lenf bezlerinin femoral kanalın çıkışını kapatmak yolu ile fıtık oluşumunu engellediğini söylemiştir (28). Buna bağlı olarak bazı ameliyat modelleri öne sürülmüştür:

Knox, femoral fıtıklar için silastik materyalden bir tıkacı femoral kanal girişine koymuştur (10). Lichtenstein gerek femoral fıtıklar, gerekse nüks fıtıklar için mersilen meşh' den hazırladığı bir minik rulo'yu defekte koymakta, böylece onarımı tamamladığını öne sürmektedir (12).

Tüm bu çabalara rağmen femoral hernilerde nüks problemi çözüm bulmuş değildir . Bu nedenle fıtık cerrahisi bir çok tartışmaya konu olmaya devam edecektir. Önemli olan daha anatomik, daha fizyolojik ve daha ekonomik ameliyat şekilleri üzerinde tartışılmasıdır (2,4,11,21,22,23).

İNGUİNO-FEMORAL ANATOMİ

Bu bölümde gerek anatomik, gerekse fizyolojik olarak birbirinden ayıramayacağımız önemli yapıları inceleyeceğiz.

LİGAMENTUM İNGUİNALE (Poupart Ligamenti): M.obliquus externus aponevrozu karın duvarının en altında spina iliaca anterior superior ile tuberculum pubicum arasında bir kalınlaşma gösterir. Bu yapı ligamentum inguinaledir. Bu kalınlaşmadan sonra m.obliquus externus aponevrozu uylukta fascia lata olarak devam eder.

FASCİA TRANSVERSALİS : M. transversus abdominis'in arka fasciasıdır. Doğumla birlikte karın kasları yavaş yavaş gelişir ve alt kenarları yukarı doğru yer değiştirir. Böylece inguinal kanalın arka duvarında m.transversus abdominis, yerini kendi fasciasına bırakır. Bu fascia modern fıtık cerrahisinde onarım için en önemli yapı olarak kabul edilmektedir. Fascia transversalis, medialde rectus kılıfının yapısına katılır. Aşağıda ise m.iliacusun fasciası olan fascia iliaca ile devam eder.

İLİOPUBİK TRAKTUS (Thomson Ligamanı) : Ligamentum inguinaleye paraleldir ve fascia transversalisin buradaki kalınlaşmış şeklidir. İliopubik traktus Poupart'ın altında ilerler ve femoral halkanın ön kenarını oluşturur. Fascia transversalis ise bu noktadan sonra fascia iliaca olarak devam edecektir.

Thomson ligamenti; inguino-Femoral cerrahinin bir diğer önemli yapısıdır. Poupart ile arasındaki birleşke zayıf bir bağ dokusu ile sağlanmaktadır (16,26).

ANULUS INGUINALIS PROFUNDUS (iç Halka) : Fascia transversalis tarafından oluşturulur. Fascia burada bir huni gibi kordon elemanlarını sarar ve fascia spermatica internayı yapar.

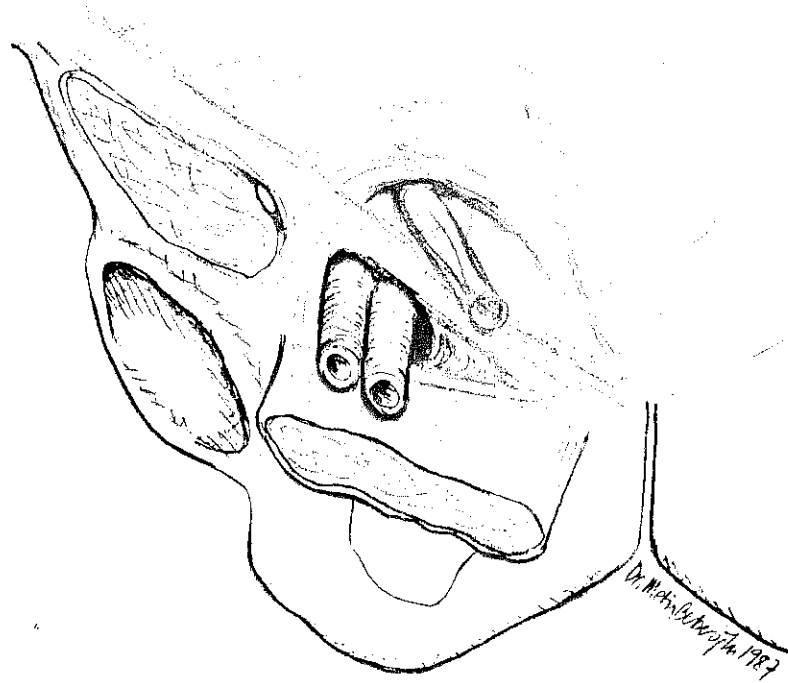
iç halkanın komşulukları şu şekildedir:

Yukarı ve dışta m.obliquus internus ve m. transversus abdominis'in alt kenarları , aşağıda iliopubik traktus ve medialde ise ligamentum interfaveolare (Hasselbach Ligamanı) (26).

SHUTTER MEKANİZMA (Kepen mekanizma) : Hasselbach alanı yeni doğanda internal oblik ve transvers kasların alt kenarları ile kapalıdır.Zamanla vücut büyür ve vertikal eksen uzar. Böylece bu kasların alt kenarları Poupart'dan uzaklaşır. İşte bu nedenle inguinal kanalın arka duvarı artık sadece fascia transversalis tarafından yapılır. Karın içi basıncını artıran bir neden ile m.obliquus internus kasılır ve kasın alt kenarı Poupart ligamentine yaklaşarak hem Hasselbach alanını, hem de iç halkayı ön taraftan kapatır. Ancak bu sırada transversus abdominis kası kasılacak ve alt kenarı fascia transversalisi gererek iç halkanın yukarı doğru çekilmesini sağlayacaktır. Böylece iç halkanın önüne bir engel gelmiş olur.Bu mekanizma inguinal

fıtıkların etyolojisinde önemlidir. Ayrıca operasyon sırasında korunması gereken bir özelliktir (22).

Şekil : 1 -



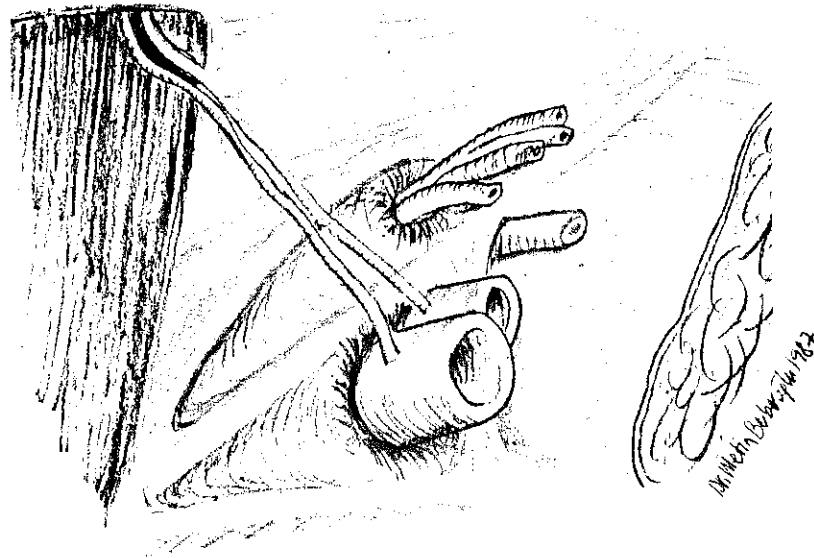
İNGUİNO-FEMORAL BÖLGE (Önden görünüm)

LİGAMENTUM LACUNARE (Gimbernat Ligamenti) : Ligamentum inguinalenin lifleri aşağıda ve medialde linea pectinea'ya yatay bir şekilde yapışırlar . Burada oluşan bu üçgen şeklindeki yapıya lacunar ligament adı verilmektedir. Bu bağ femoral halkanın medial köşesini yapar (16).

LİGAMENTUM PECTİNEA (Cooper Ligamanı) : Bu yapı tuberculum pubicum'dan başlar ve linea pectinea boyunca eminentia ileopectinea'ya kadar uzanır. Femoral halkanın alt köşesini

yapar. Bu bağ inguino-femoral bölgenin en derin yapısıdır. Femoral fıtıkların cerrahi tedavisinde önemli bir dayanaktır (16,18).

FEMORAL KILIF (Femoral Sheet) : Femoral damarların lacuna vasorum içinde iken örtüldükleri fascial yapıya denir. Bu kılıf fascia transversalis ve fascia iliaca'dan oluşur. Fascia transversalis önde Thomson ligamentini oluşturduktan sonra lacuna vasorum'a girer ve femoral kılıfın ön yaprağını yapar. Arka yaprağı ise m.iliacus'u örterek gelen ve iliopubik traktus boyunca fascia transversalis ile birleşen fascia iliaca tarafından sağlanır. Böylece oluşan femoral kılıf bir huni gibi ilerler ve lacuna vasorum'dan geçerek uyluğa uzanır. Bu yapı uyluk içinde zayıflayarak kaybolur (18,26).
- Şekil : 2 -



INGUINO-FEMORAL BÖLGE (İÇTEN GÖRÜNÜM)

FEMORAL HALKA ve FEMORAL KANAL : Ligamentum lacunarenin lateralinde, vena femoralis'in medialinde yarım ay şeklinde potansiyel bir boşluk vardır. Alt kenarı ligamentum pectinea, üst kenarı ise Thomson ligamenti tarafından oluşturulan bu yapıya femoral halka denir. Buradan uyluğa uzanan potansiyel tünele de femoral kanal adı verilmektedir. Burada halka ve kanalı preperitoneal yağ ve bağ dokusu doldurmaktadır(18,26).

FASCI A PECTİNEA : Ramus superior osis pubis'in ön yüzünden başlayan m. pectineusun üst fasciasıdır. Fascia lata , fossa ovalisin altında bu fascia ile birleşir (26).

LİGAMENTUM İLEOPECTİNEA : Eminentia ileopectinea ile Poupart ligamenti arasında sağlam bir yapıdır. Lacuno vasorum ile lacuna musculorum'u birbirinden ayırır. Ligamentum inguinale için alttan tutucu görev yapmaktadır (26).

FASCI A LATA : Uyluğun ön yüzündedir ve m.obliquus externus aponevrozunun Poupart altındaki uzantısıdır. Femoral üçgenin tam ortasında açıklığı mediale bakan "C" şeklinde bir çukur vardır. Buna fossa ovalis denir . Bu çukur femoral fıtıkların uylukta cilt altında ortaya çıktıkları yerdir.Fascia lata'nın fossa ovalisin altındaki kısmı; derinde, fascia pectinea ile birleşerek devam eder (16,18,26).

KISA KLİNİK BİLGİ

FİZİK BULGULAR:

Femoral fıtıklar kendilerini ligamentum inguinalenin hemen altında , femoral üçgen içinde belli ederler. Fıtık kesesi genellikle küçüktür, ancak nadiren çok büyük olabilir.

Fıtık uyluğa vena iliaca eksterna' nın ligamentum pectinea düzeyinde femoral kanala girdiği yerden, bu venin hemen medialinden geçer. Bunun seyrek görülen ayrıcalığı lateral femoral hernidir ve fıtık venin önünde, Poupart ligamentinin altındadır (14,25).

GÖRÜLME SIKLIĞI:

Femoral herni; tüm fıtıkların yaklaşık % 5-10 kadarını oluşturur ve karın fıtıkları arasında üçüncü sıklıktadır (8,20,27) .

Femoral fıtık sola oranla sağda iki kez fazla görülür. Bunun nedeni tam olarak bilinmemektedir (8,15,27).

McEvedy ' ye göre femoral herni % 20 oranında bilateral olmaktadır (15).

Kadınlarda görülen tüm fıtıkların % 20' si femoraldır. Erkeklerde ise bu oran % 5 tir. Ancak femoral fıtıklarda kadın erkek oranı çeşitli serilerde 1/2 ile 1/40 arasında değişmektedir . Bunu açıklamaya yönelik bazı düşünceler geliştirilmiştir. Kadınlarda Poupart daha kısadır. Ayrıca doğumu yaklaşan bir gebede karın kasları gerilecek ve inguinal ligament yukarı doğru çekilecektir. Gerçektende

doğum yapmamış kadınlarla erkeklerde görülen femoral fıtık sıklığı aynıdır . Doğum yapan kadınlarda femoral fıtık doğurmamışlara göre 3 kez daha fazla görülür (6,7,15,27).

Zenci kadınlarda femoral herni beyaz kadınlara oranla daha az görülmektedir. Wapnick bunu dar açılı pelvis yapısı ile açıklamaya çalışmaktadır (28).

ETYOLOJİK FAKTÖRLER:

Femoral herni daha çok yaşlılarda görülmektedir. Fıtıklı erkeklerin % 76 'sı 70 yaştan üstündedir. Bu nedenle femoral herni konjenital olarak kabul edilmemekte ; etyolojik faktörler olarak kadınların pelvis yapısındaki farklar , multiparite, yaşlılıkla birlikte gelişen dejeneratif olaylara bağlı olarak fascial yapıların esneklik ve dayanıklılığının bozulması öne sürülmektedir. Belki sadece lateral prevasküler herni konjenital olarak değerlendirilebilir (14,18,25) .

Daha önceden inguinal fıtık nedeni ile ameliyat olmuş bir hastada aynı tarafta femoral fıtık görülme olasılığı küçümsenmeyecek düzeydedir. Bu sayı % 22 ile % 35 arasında değişmektedir . Bu durum inguinal herni onarımı için çok gergin dikişlerin konulması ve inguinal ligament ile Cooper arası açının artması şeklinde açıklanmaya çalışılmaktadır. Burada şu söylenmelidir ki : her cerrah inguinal herni ameliyatlarını yaparken gerginliğin olmamasına çok dikkat etmelidir . Ayrıca inguinal herni onarımı sırasında gözden kaçan femoral hernilerin de sayısı oldukça kabarıktır (13).

inguinal ve femoral bölgenin birlikte değerlendirilmesi gereği şu oranla iyice belirgin hale gelmektedir: Kadınlarda daha düşük olmakla birlikte ipsilateral inguinal herni oranı % 50 düzeyinde olabilir . Bu oran kadınlarda yaklaşık % 12 kadardır. Bu durum özellikle inguinal herni onarımı sırasında önem kazanmaktadır (5,6).

FEMORAL FITIKLARDA BOĞULMA RİSKİ:

Femoral fıtıkların strangulasyon riski % 25 - 40 arasındadır . Unutulmamalıdır ki; inkarserasyon, bundan çok daha yüksek oranlardadır. Kısacası femoral herni risk taşımaktadır ve kısa bir süre içinde elektif olarak ameliyat edilmelidir (13) .

Bu nedenle femoral fıtıkların mortalitesi yüksek oranlardadır. Bunda büyük etken hiç kuşkusuz yüksek boğulma oranıdır. Tanner 1964 yılında %8; Monro, 1969'da %17,3 mortalite bildirmiştir (27).

AYIRICI TANI:

Femoral herni kasıktaki bir takım lezyonlar ile karıştırılabilir . Bu bir bulbous varix, lipom veya büyümüş bir lenf bezi olabilir. Enfekte lenf bezleri strangule herni ile rahatça karıştırılabilir.

FEMORAL FITIKLARDA NÜKS PROBLEMİ:

Diğer fıtık ameliyatlarından sonra görüldüğü gibi femoral fıtık da nüks eder. Ve bu nüks oranı sanılanın aksine

oldukça yüksek düzeylerdedir. Femoral fıtıkta nüksü serilerde % 0.8 ile % 33 arasında görüyoruz (5,6,7,8,15,29).

Glassow'a göre nüks olguların % 75'i femoral, % 25'i ise inguinal şekilde nüks etmişlerdir (5).

McEvedy 'ye göre; eğer tek başına kese çıkarılır, ancak onarım yapılmazsa nüks olasılığı %50 olacaktır. Strangulasyon olgularında onarım yapılmaması durumunda nüks olasılığının % 100 dolayında olabileceği bildirilmektedir (15).

Hagan'ın bildirdiğine göre, bu nükslerin % 68'i ilk altı ayda , % 93'ü ise iki yıl içinde tamamlanmış olmaktadır (8).

Bu arada nüks nedeni ile ameliyat edilen femoral hernilerin nüks olasılığı Glassow'un bildirisine göre % 6.5 düzeyindedir. Bu oran gene Glassow'un primer femoral herniler için verdiği % 1,3 oranına göre çok yüksektir (7).

TABLO -1- FEMORAL HERNİ ONARIMLARINDA NÜKS (18)

<u>YAKLAŞIM YOLU</u>	<u>NÜKS ORANI (%)</u>
FEMORAL YAKLAŞIM	
Ferguson..(1937)	7.8
Shelley..(1940)	6.0
Telle....(1957)	21.0
Burton...(1958)	11.6
Tanner...(1964)	10.8
Ponka....(1971)	2.3
inguinal YAKLAŞIM	
Ferguson..(1957)	9.5
McVay....(1964)	1.0
Koontz...(1964)	10.0
Ponka....(1971)	7.3
PREPERITONEAL YAKLAŞIM	
Nyhus....(1964)	0.8

İNGUİNAL VE FEMORAL FITIKLARIN CERRAHİ TEDAVİSİNDE TEMEL PRENSİPLER

M.Ö. 1500 yıllarından beri uygulanmakta olduğunu Mısır Ebers Papirusundan bildiğimiz fıtık cerrahisinde , M.S. 25 yıllarında ilk atılımı Celsus , kesenin disseksiyon ve eksizyonu ile yaptı.

Bundan sonra hızla gelişen fıtık cerrahisi, bu günkü anlayışa ulaşmıştır (26).

Bu gelişmeye Richter (1778) , Gimbernat (1793), Camper (1793) , Cooper (1804) , Scarpa (1806) , Hasselbach (1816), Cloquet (1817) gibi isimler büyük katkıda bulundular (26).

Bugün inguinal ve femoral bölge tek bir yapı olarak ele alınmaktadır. Eğer burada bir defekt varsa; bu durumda yapı, bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Sonuç olarak varılan temel cerrahi unsurları şöyle sıralayabiliriz:

1- Herni , başkaca bir engel yoksa, cerrahi bir hastalıktır ve tedavisi mutlak olarak ameliyattır. Kasık bağı gibi palyasyonların zararı büyüktür.

2- Özellikle femoral fıtıklar yüksek strangulasyon riskleri nedeni ile elektif olarak ameliyat edilmelidirler.

3- Postoperatif ağrının giderilmesi için operasyon sırasında keskin disseksiyon ön planda tutulmalı, minimal doku hasarı bırakacak şekilde çalışılmalıdır.

4- Fıtık kesesine yüksek disseksiyon ve eksizyon mutlaka

uygulanmalıdır. Fıtık kesesinin boynundan bağlanma işleminin ağrıya neden olması dolayısıyla yapılmamasını öneren yayınlar vardır (23).

5- inguinal herniler için yapılan ameliyatlarda sırasında Femoral kanal rutin olarak kontrol edilmeli, kanal içindeki şüpheli dokular varsa temizlenip , onarım yapılmalıdır.

6- Defekt tartışmasız olarak onarılacaktır . Ancak onarımda esas olan fascia transversalis 'tir. Hem onarım düzeyi , hem de onarım materyali olarak hedef, fascia transversalis olmalıdır . Fascia transversalis, onarımda tek başına yeterlidir.

7- Aynı katlar ve aynı cins dokular birbirine dikilmelidir . Farklı iki doku olan fascialarla kaslar birbirlerine sağlam bir şekilde birleşerek iyileşmezler.

8- Dikişlerin çok sıkılması ve özellikle gerginlik nüks nedenleri arasındadır.

9- Ameliyat alanında hemostaza maksimum önem gösterilmeli , ancak enfeksiyona zemin oluşturabilecek aşırı koter kullanımından kaçınılmalıdır.

10- Hastaların erken dönemde mobilizasyonu şarttır.

Bu prensiplerin uygulanması ile hastalar postoperatif devrede rahat edecekler , nekahat dönemleri büyük ölçüde problemsiz geçecek ve çok kısa bir süre içinde işlerine dönebileceklerdir . Bu prensiplerin uygulanması sonucu nüks problemi de minime indirilmiş olacaktır.

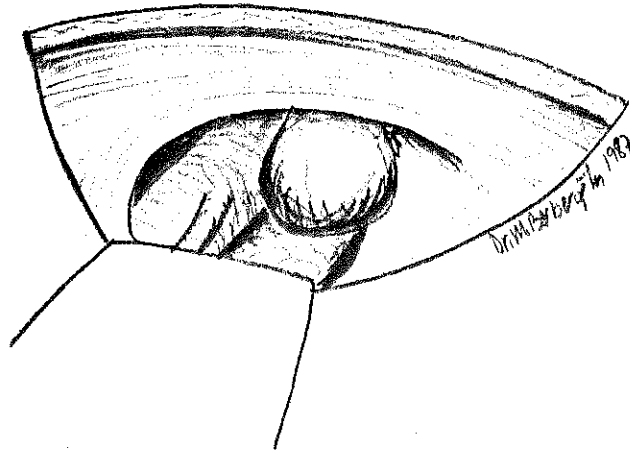
MATERYAL VE METOD

Femoral herni nedeni ile kliniğimize yatan hastalara 14.5.1986 gününden itibaren aşağıda teknik ayrıntıları anlatılan onarım modelini uyguladık. Bu yolla ameliyat ettiğimiz 10 hastadan 9 'u prospektif olarak incelemeye alınmıştır.

Bu hastalarımıza uygulanan ameliyat modeli herhangi bir ameliyatın modifikasyonu değil, tamamen yeni bir tekniktir.

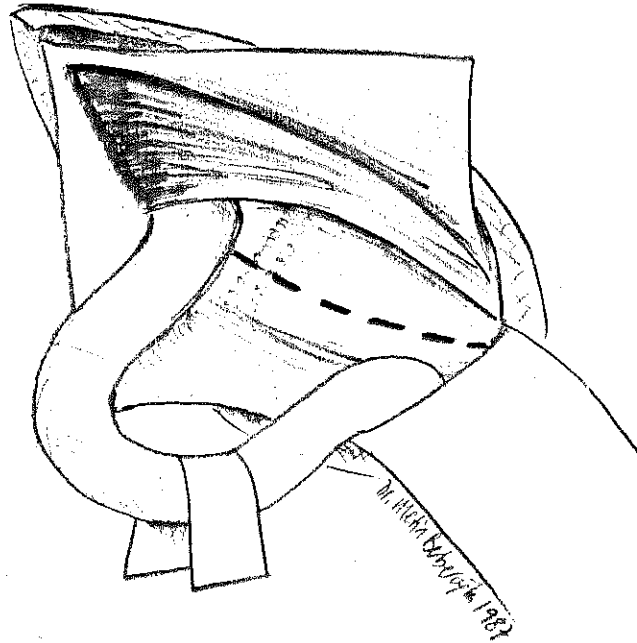
ANESTEZİ : Ameliyatların tümü genel anestezi altında yapılmıştır.

TEKNİK: Deri kıvrımlarına paralel, lateralde iç halkanın alt kenarından, medialde dış halkanın üstüne doğru bir kesi ile deri ve deri altı dokular geçildi.



-ŞEKİL 3-

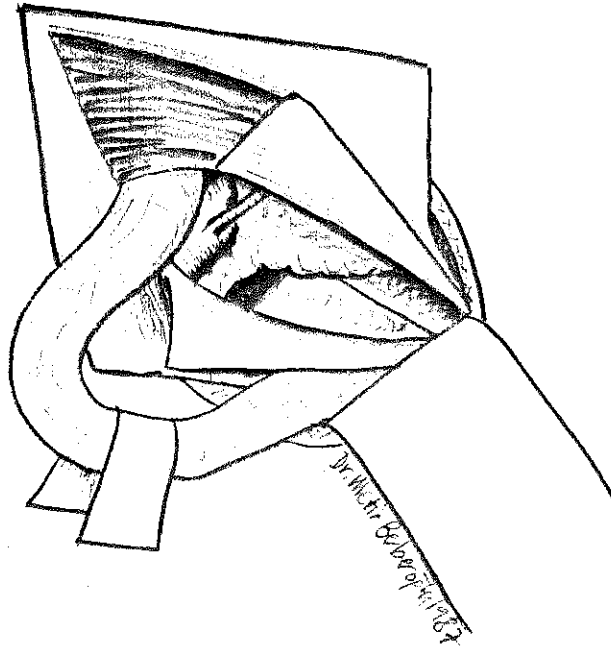
ilk olarak inguinal ligamentin alt tarafında keskin disseksiyon ile fıtık kesesi bulundu ve serbestleştirildi (Şekil 3). Bu işlemin önce yapılmasındaki amaç; femoral fıtık ile karıştırılması olasılığı olan bir başka lezyonun varlığının saptanması durumudur. Böylece gereksiz yere inguinal kanal açılmış olunmaz. Daha sonra m.obliquus externus aponevrozu lifler doğrultusunda kesilerek açıldı ve dış halka bozuldu. Bu yolla ulaşılan inguinal kanal içindeki funiculus spermaticus , (kadınlarda ise ligamentum rotundum) keskin disseksiyon ile serbestleştirildi . Böylece; Hasselbach alanı açılmış oldu. M.cremaster iç halka düzeyinde kesildi ve indirekt bir herninin var olup olmadığı da aranmış oldu. Fascia transversalis iç halkadan pubise kadar tam ortasından keserek açıldı (şekil 4).



- ŞEKİL 4 -

Fascia transversalisin medial yaprağı , transversus arkusu görülene kadar periton ile arasındaki yapışıklıklar bistüri yardımıyla kesildi ve disseke edildi. Dışta ise fascia transversalisin lateral yaprağı Cooper ligamentinin 1-2 cm. altına kadar gene keskin olarak disseke edildi. Burada aberrant obturator artere dikkat edilmelidir. Böylece femoral herni kesesinin boynuna ve femoral kanala ulaşılmış olundu (şekil 5).

Daha önce femoral üçgen içinde serbestleştirilmiş olan femoral fıtık kesesi bu kez v. iliaca eksterna yanındaki yapışıklıklardan kurtarılarak karın içine çekildi. Bu başarılmazsa bu kez Gimbernat ligamanı femoral halkadan Pubise doğru kesilmeli ve Poupart ligamanı küçük bir Farabeuf ekartörle yukarı çekilerek kanal genişletilmeye ve kesenin çekilmesi sağlanmaya çalışılmalıdır.



- ŞEKLİ 5 -

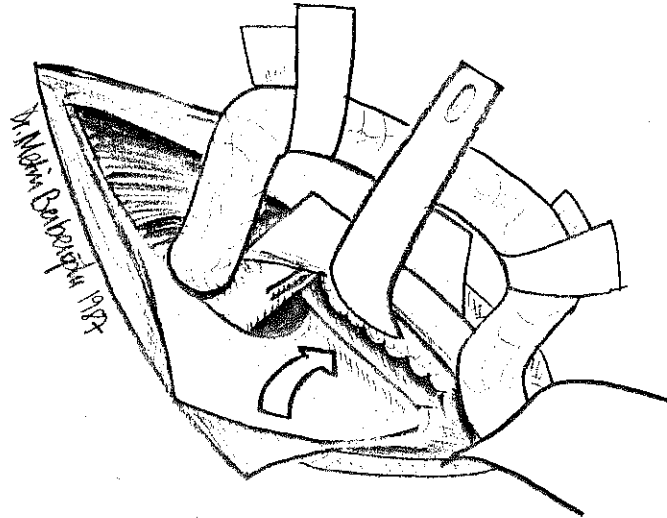
Poupart ligamanının kesilmesi hiç bir zaman gerekmez ve kesinlikle baş vurulmaması gereken bir işlemdir. Gimbernat ligamanı abdominal yüzden kesilmeli ve aberrant obturator artere dikkat edilmelidir.

Bu aşamada kese açıldı, içindeki organların vitalitesi gözlendi, sonra kese eksize edildi ve genellikle periton kapatılmadı.

Onarım için ilk önce medial fascia flebi ve periton üzerine bir Langenbeck ekartörü konularak v.iliaca eksterna ve Cooper ligamentinin rahatlıkla görülmesi sağlandı.

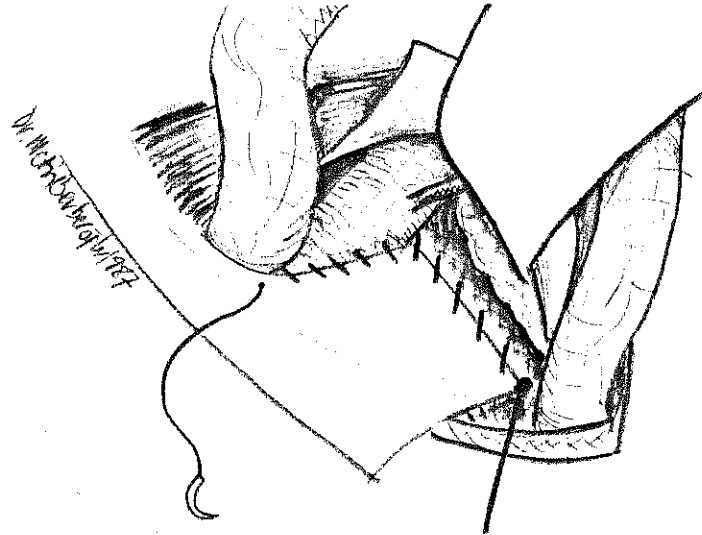
Onarımda fascia transversalisin lateral flebi, lacuner ligament ve v. iliaca externa üzerine devrilecektir.(şekil 6)

Onarım materyali olarak '0' numara atravmatik Vicryl kullanıldı. ilk dikiş pubis üzerinde periosteum ve Cooper' den geçildi ve bağlandı .



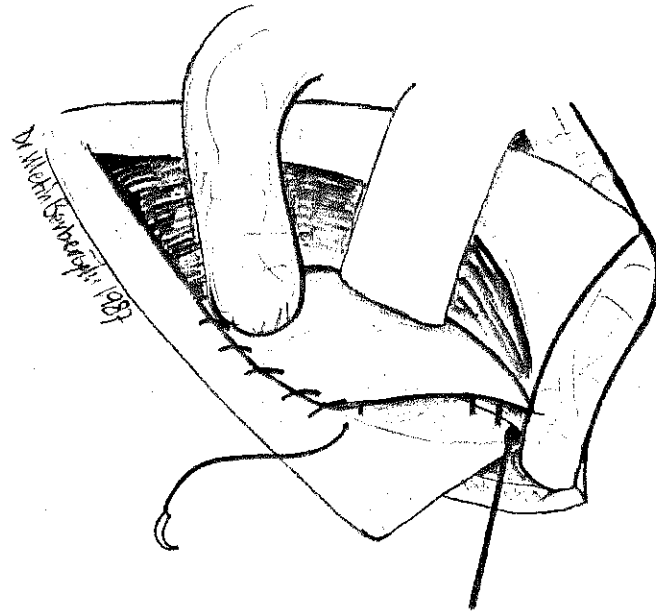
- ŞEKİL 6 -

Dikişin serbest ucuna bir işaret pensi konuldu, kesilmedi. Daha sonra fascia transversalisin lateral flebi femoral kanalın onarımı için aşağıya Cooper ligamenti ve v.iliaca eksterna üzerine devrildi. Dikiş, kilitli ve devamlı olarak lateral flebin serbest kenarı ile Cooper ligamenti arasında konuldu. Burada peritonun mediale itilmesi kolaydır ve fascia transversalisin lateral kenarı Cooper ligamentine çok rahat bir şekilde dikilmektedir. Vena iliaca eksterna 'nın Cooper ligamentinin üzerinden geçtiği yere gelindiğinde ven biraz geri doğru itilerek Cooper ligamentinden son bir dikiş alındı. Sonra aynı dikiş gene devamlı olarak bu kez lateral flep ile v. iliaca eksternanın adventisyası üzerine dikildi. Yukarıda Thomson ligamentine ulaşıldığında femoral kanal ve femoral halkadaki defekt onarılmış olunur (şekil 7). Sonra aynı devamlı ve kilitli dikiş ile bu kez, medialde kalan fascia flebinin serbest ucu ile Thomson ligamenti arasına onarım yapıldı.



- ŞEKİL 7 -

Bu dikişler iç halkayı ve inguinal kanalın arka duvarını yeniden oluşturacaktır. Ancak Poupart ile Thomson ligamentleri arası birleşme zayıf olduğu için buraya konan son sütürler hem Thomson ligamentini tünden içine almalı, hem de Poupart ligamentinin alt 1/3 liflerini içermelidir (şekil 8). Böylece; Pubis önüne gelindi ve işaret pensinin tuttuğu serbest uç ile bağlama yapıldı. Kordon (veya kadınlarda ligamentum rotundum), fascia üzerine yatırıldı ve m.obliquus eksternus aponevrozu devamlı '0' numara atravmatik Vicryl ile kapatıldı. Deri altı fasciası tek tek katgüt dikiş konarak onarıldı. Deri ise '000' ipeklerle dikildi.



- ŞEKİL 8 -

OLGULARIMIZDAKİ BULGULAR

Yukarıda teknik ayrıntıları anlatılan operasyon modeli 14.5.1986 ile 5.6.1987 tarihleri arasında 10 hastadaki 11 femoral fıtık için uygulanmıştır.

Hastalarımızın 7 'si erkek, 3'ü kadındır . Erkek kadın oranı 1/2,33 'tür . Hastaların yaş ortalaması 34,9 dur. Bu ortalama kadınlar için 32,4 erkekler için ise 40,6 dır. En genç hasta 16 yaşında, en yaşlı hasta ise 54 yaşındadır.

Olguların 6 'sı sağ , 3 'ü sol femoral herni nedeni ile ameliyat edildiler . Bir hastada herni bilateral idi. Sağ femoral hernisi olan altı hastadan birinde aynı anda direkt herni vardı. Sol femoral hernisi olan 3 hastadan birinde daha önce yapılmış bilateral fıtık onarımı söz konusu idi. Femoral fıtıklı hastalarımızın sol/sağ oranı 1/2 dir.

Femoral kanaldan çıkan kitlenin dağılımı şöyledir: 4 hastada fıtık kesesi içinde omentum, 1 hastada fıtık kesesi içinde strangüle ileum ansı (rezeksiyon yapılmıştır), 4 hastada ise femoral kanal içinde yağ dokusu.

Hastalarımızın çoğu operasyon gününün akşamında ayağa hemen kalkmışlar, ameliyat yerindeki ağrıdan şikayetleri çok az olmuştur. Bu nedenle analjezik gereksinimi pek olmamıştır.

TABLO-1: TUM HASTALARIN GENEL DOKUMU

PROT.NO	YAS	CİNS	SAĞ/SOL	FITİĞİN İÇERİĞİ	P.O.YATIS
31888/86	16	K	* SAĞ	ADİPOZ DOKU	2 GÜN
31850/86	31	E	+ SAĞ	OMENTUM MAJUS	5 GÜN
30857/86	28	K	SAĞ	ADİPOZ DOKU	3 GÜN
00050/87	35	K	SOL	ADİPOZ DOKU	4 GÜN
26600/86	37	E	! SOL	OMENTUM MAJUS	3 GÜN
18833/86	40	K	SAĞ	OMENTUM MAJUS	2 GÜN
12518/86	28	K	SOL	OMENTUM MAJUS	2 GÜN
17231/87	46	K	SAĞ	ADİPOZ DOKU	1 GÜN
14166/87	34	K	SAĞ	OMENTUM MAJUS	3 GÜN
15262/86	54	E	x SAĞ	İLEUM ANSI	5 GÜN

* Hastada ipsilateral direkt herni vardı.

+ Hastada bilateral femoral herni vardı.

! Hasta önceden bilateral inguinal fıtık onarımı geçirmişti.

x Hasta post.op. 5.nci gün exitus olmuştur.

Postoperatif dönemde hastalarımız da yara hematomu, enfeksiyon, erken nüks, seroma gibi herhangi bir komplikasyon görülmemiştir .

Ancak Acil Cerrahi Kliniğinde tarafımızdan ameliyat edilen bir hastamız postoperatif 5. günde kardiyopulmoner arrest nedeni ile exitus olmuştur. Bu hastanın nüks yönünden izlenmesi olanaksız olduğu için çalışma dışı bırakılmıştır. Strangulasyon gösteren tek hasta budur.

Diğer hastalar elektif olarak ameliyat edildiler. Bu neden ile serideki strangule hasta sayısı azdır.

Erken dönemde mobilize edilen hastalar, aynı zamanda da erken dönemde taburcu edilmişlerdir. Hastaların postoperatif ortalama yatış süresi 3 gündür . Hastalara 1.ci günden

başlayarak herhangi bir pansuman gerekmemiş, dikişler 5.gün alınmıştır.

Hastaların ilk yıl içindeki takiplerinde herhangi bir nükse rastlanılmamıştır.

TARTIşMA

ilk insanın iki ayak üzerine doğrulup, koşmaya ve çeşitli ağırlıklar kaldırmaya başladığı karanlık çağlardan bu güne dek fitıklar, gerek ondan muzdarip olan hastalar, gerekse hekimler için büyük bir sorun olagelmektedir.

Cerrahi hastalıkların büyük bir bölümü olan fitıklar, anestezi ve antisepsinin gelişmesi ile mortalite ve morbidite yönünden pek sorun çıkarmamalarına karşın nüks problemi ile varlıklarını cerrahlara sürekli duyurmakta ve fitık üzerine genel uğraşı ise nüksü azaltma yönünde olmaktadır.

Ancak , erken mobilizasyonun öneminin anlaşılması ile hastaların erkenden taburcu edilmeye başlanması, hastanın ameliyattan sonra bir an önce normal hayatına dönmesi için cerrahlardaki eski alışkanlıkların değişmesine yol açmıştır. Bu şekilde hastaların erken taburcu edilmesi; ayrıca iş gücü kaybının çok az olmasını , hastanedeki hasta sirkulasyonunun hızlanması ile daha verimli klinik işletimini sağlamaktadır. Postoperatif duyulan ağrıların çok az olması da hastaların erken taburcu edilmesini ve hasta konforunu sağlayıcı bir başka faktördür (2,4).

Öyleyse ne yapmalı da hastalar hem postoperatif dönemde minimal ağrı duysunlar, hem de nüks olasılığı çok düşük düzeyde olsun ? işte bu sorunun yanıtı operasyon tipinde ve

kullanılan cerrahi teknikte saklıdır.

Yukarıdaki düşünceler bizi şu ana kadar uygulanmış ve uygulanmakta olan ameliyat modellerinden farklı bazı girişimler yapmaya zorladı. Bu fikir gelişiminin sonrasında ise anlatılan operasyon modeli ortaya çıkmıştır. Buradaki ana amaç hastaların rahatını sağlamak, fizyolojiye daha uygun modeli bulmak ve nüks oranını düşürmektir.

Subinguinal yaklaşım birçok sakıncalar içermesi nedeni ile eskiden beri kliniğimizde taraftar bulamamış bir yoldur.

Bu sakıncalar kısaca şöyle özetlenebilir:

Öncelikle fıtık kesesinin yeterli disseksiyon ve eksizyonu yapılamamaktadır . Bu arada inguinal kanal kontrol edilemez ve olası bir inguinal herni sepiyanamamış olur. Strangulasyon veya inkarserasyon varsa redüksiyon zor olabilir . Bu durumda Gimbernat 'ın kesilmesi , aberant obturator arterin yaralanması olasılığı nedeni ile tehlikeli olacaktır. Böylece hiç istenmese de Poupart ligamenti kesilmek zorunda kalınacaktır. Buna karşın inguinal yaklaşımda zorda kalındığında Gimbernat ligamentinin rahatlıkla ve tehlikesizce kesilmesi söz konusudur (26).

Strangule femoral hernilerde rezeksiyon ve anastomoz, subinguinal yola oranla inguinal yolla yapılan ameliyatlarda kuşkusuz çok daha rahat olarak gerçekleştirilebilecektir.

Preperitoneal yaklaşım ise çarpıcı oranlardaki düşük

nüks yüzdelerine karşın bazı teknik zorluklar nedeni ile pek fazla uygulama alanı bulamamıştır. Femoral fıtık kesesinin aşağıdan disseksiyonu kesinlikle söz konusu değildir. Ancak kesenin içeriden çekilerek karın tarafına alınması gerçekleştirilebilmektedir . Onarım için konulacak destek dikişler rektus kılıfı içinden konulmaya çalışılacak, teknik olarak cerrah zorlanacaktır. Gene yandaş olarak bir inguinal herninin varlığında kese yeteri kadar çıkarılamayacaktır(19). iç halka ise onarılırken düzlemi değişeceği için Shutter mekanizma bozulacaktır. Bu ise inguinal anatomisinin oldukça değişmesi demektir.

inguinal kanalın arka duvarı ve femoral halka inguinal girişimle yeteri kadar gözlenebilmekte, cerrah tehlikelere karşı yeterli derecede korunmalı çalışabilmektedir . Bu nedenle preperitoneal yaklaşımın inguinal yaklaşıma pek bir üstünlüğü yoktur. Çeşitli serilerde preperitoneal yaklaşım ile McVay onarımının nüks yüzdeleri de çok farklı değildir (18).

Sonuç olarak; en akılcı yaklaşım McVay'ın popülerize ettiği Lothissen ' in Cooper Ligamenti Onarımı gibi görünmektedir (16,17).

Literatürde McVay onarımı olarak geçen ameliyat modeli ile bizim Lateral Fleb onarımımız karşılaştırılacak olursa şöyle bir tablo ortaya çıkacaktır:

YAPILAN İŞLEM	MCVAY	ONARIMI	LATERAL FLEB ONARIMI
Deri kesisi	Poupart'a paralel		Deri pililerine paralel
Transvers fascia'nın açılması.	Poupart 'a yakın Thomson'a paralel olarak kesilir		iç halkadan pubise kadar tam ortadan düz olarak kesilir
Fıtık kesesi üzerindeki işlemler	Yüksek sıyırım yapılır, boynundan bağlanır, kesilir		Yüksek disseksiyon ve eksizyon yapılır, genellikle bağlanmaz.
Onarımda kullanılan yapılar	F.transversalisin medial flebi ile onarım yapılır.		Transvers fascianın lateral flebi ile Cooper arası dikilir
Alanın görülmesi	Onarımda periton ekartasyonu zor.		Onarımda periton rahatça ekarte edilir
Femoral kanal	Yeterli kapanmaz.		Kanal onarımı tamdır.
Shutter mek.sı	Bozulmaktadır.		Tümden korunmaktadır.
Gevşetici kesi	Rutin yapmalıdır.		Hiç gerekmemektedir.

Femoral yaklaşım ile Lateral Fascia Flebi onarımı

karşılaştırılacak olunursa şöyle bir tablo ortaya çıkacaktır:

YAPILAN İŞLEM	FEMORAL YAKLAŞIM	LATERAL FLEB ONARIMI
Fıtık kesesine ulaşma yolu	inguinal ligamentin altından ulaşılır.	inguinal kanal yolu ile ulaşılır.
Fıtık kesesinin disseksiyonu	Yüksek disseksiyon yapılamaz.	Yüksek disseksiyon rahatça yapılır.
Defektin onarım şekli	Onarım femoral kanalın alt ucunda yapılır	Femoral kanalın girişi kapatılarak onarılır.
Strangule olgularda	Gimbernat bağının kesilmesi tehlikeli	Gimbernat rahatça kesilebilir.
Yandaş inguinal herni varlığı	Bu durumda gözden rahatça kaçır.	Gözden kaçması olanaksızdır.
Önemli yapıların yaralanma riski	Yaralanma olasılığı yüksektir.	Yaralanma olasılığı çok azdır.

Yüksek, yani preperitoneal yaklaşım ile Lateral Fleb onarımının karşılaştırılması durumunda ise aşağıdaki durum ortaya çıkar:

YAPILAN İŞLEM	YÜKSEK YAKLAŞIM	LATERAL FLEB ONARIMI
Keseye ulaşım yolu	Rektus kılıfı veya orta hattan	inguinal kanal yolu ile
Femoral fıtık kesesinin disseksiyonu	Yapışıklık varsa zor, tehlikeli olacaktır.	Rahatça yapılabilir.
İndirekt fıtık kesesi varsa:	Disseksiyon tam yapılamaz.	Tam bir kese sıyırımı yapılabilir.
Onarım için dikiş konulması	Oldukça zor konulacaktır.	Dikişlerin konulması çok kolaydır.

Kesinin deri pililerine paralel olması daha iyi bir kozmetik sonuç sağlayabilmek içindir. Ancak bunun yanı sıra transvers kesi herhangi bir teknik güçlük çıkarmamaktadır.

McVay onarımında medial fascia transversalis flebi Cooper'e dikilirken karın içi basıncına karşı peritonun ekartasyonu zordur ve bu dikişlerin konulması kolay olmaz. Buna karşın, bizim yöntemimizde Cooper'e dikilen fascia flebi lateraldeki olduğu için mediale periton üzerine konan bir ekartör hem Cooper ligamentinin, hem de v. iliaca externa'nın çok iyi görülmesini sağlar. Bu nedenle lateral flebin dikilmesi çok kolay olacaktır.

Günümüzde fıtık cerrahisinde peritonun bağlanmamasının nüks açısından önemli olmadığı, hastalıklı periton kısmının

çıkartılmasının yeterli olduğu, ayrıca peritonun bağlanması durumunda gerginlik ve güdük nekrozunun oluşturduğu ağrı sorunu ile karşılaşılacağı kabul edilmektedir (23).

Ameliyatta minimal doku hasarı bırakacak keskin disseksiyon ile çalışılmış olması, onarımda fascial gerginliğin minimal olması ve fıtık kesesinin genellikle bağlanmaması, hastalardaki postoperatif ağrının çok az olmasına yol açmaktadır (19,23).

Böylece bizim önerdiğimiz Lateral Flep Onarımı tekniğinde bu prensiplere sadık kaldığımız için hastaların hiç birisinde postoperatif ağrı sorunu ile karşılaşmadık.

Sütür materyali olarak "0" numara atravmatik Vicryl (polyglycolic acid) kullandık. Bu materyal uzun sürede absorbe olduğu, minimal reaksiyon yaptığı ve yeterli sağlamlıkta olduğu için seçilmiştir (1,3). En güvenli ve ideal dikişlerin, absorbe olabilen malzeme ile konulan devamlı dikişler olduğu vurgulanmaktadır (9). Ayrıca kişisel gözlemimiz, Vicryl ile atılan düğümlerin daha güvenli bir şekilde oturduğudur.

V.iliaca externa adventitiasına dikiş konulması işlemi çok dikkatli yapılmalıdır. Ven yaralanabilir, daralması durumunda ise tromboflebit gelişebilir (22).

Hastalarımızın postoperatif hastanede kalış süreleri

ortalama 3 gündür. Uzun süreli kalış aynı yataktan daha az sayıda hastanın yararlanması nedeni ile verilen hizmet açısından da dezavantajlıdır. Yatak sayısının kısıtlı olduğu ülkemizde bu durumun da göz önünde bulundurulması gereklidir. Hastaların erken işe dönüşünün sağlanması da ülke ekonomisine katkı açısından çok önemlidir (2,4).

Fascia transversalisin lateral flebi ile yapılan bu ameliyat bazı nedenlerle tamamen fizyolojik bir ameliyattır:

- 1- Fıtık kesesi tamamen çıkarılmaktadır.
- 2- Onarım femoral kanalın tam girişinde yapılmaktadır.
- 3- iç halka tamamen normal anatomideki gibi tekrar oluşturulmaktadır.
- 4- inguinal kanalın arka duvarı fascia transversalisin medial flebi ile yeniden oluşturulur.

Fascia transversalisin lateral flebi ile yapılan bu ameliyatın teknik olarak getirdiği kolaylıklar ise şu şekilde sıralanabilir:

- 1- inguinal yaklaşım yapıldığı için direkt veya indirekt bir başka herninin varlığı gözden kaçmamış olur.
- 2- Medial tarafta peritonun ekartasyonu iyi bir şekilde yapılabilirdiğinden onarım için çok rahat dikiş konulabilmektedir.
- 3- Dikişler devamlı olarak konulduğu için ameliyat zamanı çok kısalmaktadır.

4- Herhangi bir strangulasyon durumunda rezeksiyon çok kolay yapılabilir.

Hastalarımızda ilk bir yıl içinde hiç bir nüks görmedik.

Şu anda son sözün söylenmesi için erken olmakla birlikte, yakın dönem nüksünün görülmemesi tekniğimizin femoral fıtık cerrahisinde yeterli olabileceğini göstermektedir.

Ancak, daha önce de belirttiğimiz gibi bu bizim erken sonuçlarımızdır. Uzun süreli izlem sonuçlarımız ileride bildirilecektir.

SONUÇ

Femoral fıtık onarımı için tanımlanan lateral fascia flebi onarımı:

- 1- Teknik olarak kolaydır.
- 2- Otojen greft kullanılmaktadır.
- 3- Operasyon süresi kısadır.
- 4- Postoperatif ağrı minimaldir.
- 5- Erken mobilizasyon olanağı sağlamaktadır.
- 6- Hastanede kalış süresini kısaltmaktadır.

Erken sonuçlarımızda hiç nüks görülmemesi ilerisi için ümit vericidir.

Tüm bu nedenlerden dolayı tamamen yeni bir ameliyat modeli olan lateral flep onarımı tekniğimizi femoral fıtıkların cerrahi tedavisi için öneriyoruz.

SONUÇ

Femoral fıtık onarımı için tanımlanan lateral fascia flebi onarımı:

- 1- Teknik olarak kolaydır.
- 2- Otojen greft kullanılmaktadır.
- 3- Operasyon süresi kısadır.
- 4- Postoperatif ağrı minimaldir.
- 5- Erken mobilizasyon olanağı sağlamaktadır.
- 6- Hastanede kalış süresini kısaltmaktadır.

Erken sonuçlarımızda hiç nüks görülmemesi ilerisi için ümit vericidir.

Tüm bu nedenlerden dolayı tamamen yeni bir ameliyat modeli olan lateral flep onarımı tekniğimizi femoral fıtıkların cerrahi tedavisi için öneriyoruz.

KAYNAKÇA

- 1 - Andersen, J.R. et al : Polyglycolic Acid, Silk and Topical Ampicillin.
Archives of Surgery, 115:293-295, 1980
- 2 - Belham, G. J., Emery, B. J.: Early discharge despite postoperative pyrexia after inguinal herniorrhaphy in unselected patients.
British Journal of Surgery, 72:973-975, 1985
- 3 - Berliner, S.D.: Biomaterials and Herniology.
Journal of American Medical Association , 251: 1431-1432, 1984
- 4 - Cannon, S. R. et al : Early discharge following hernia repair in unselected patients.
British Journal of Surgery, 69:112-113, 1982
- 5 - Glassow, F. : Recurrent Inguinal and Femoral Hernia.
British Medical Journal, 1:215-219, 1970
- 6 - Glassow, F.: Femoral Hernia in Men.
American Journal of Surgery, 121:637-640, 1971
- 7 - Glassow, F.: Inguinal and Femoral Hernia in Women.
International Surgery, 57:34-36, 1972

- 8 - Hagan, W. H., Rhoads J. E.: Inguinal and Femoral Hernias.
A Follow-up Study.
Surgery , Gynecology and Obstetrics, 96: 226-232, 1953
- 9 - Kenady, D. E.: Management of Abdominal Wounds.
The Surgical Clinics of North America, 64: 803-807, 1984
- 10 - Knox, A.J.S.: New Method of Femoral Hernia Repair Using
a Silastic Stud.
British Medical Journal, March :604-605, 1971.
- 11 - Koontz, A.R.: Historical analysis of femoral hernia.
Surgery, 53:551-555, 1963
- 12 - Lichtenstein, I. L., Shore, J. M.: Simplified Repair of
Femoral and Recurrent Inguinal Hernias by a "Plug"
Technic.
American Journal of Surgery, 126:439-444, 1974
- 13 - Ludington, L. G.: Femoral Hernia and Its Management With
Particular to Its Occurence Following Inguinal
Herniorrhaphy.
Annals of Surgery, 148:823-826, 1958
- 14 - Marshall, G. D., Jellie H.: Prevascular Femoral Hernia
With Ectopic Testis in an Infant.
Journal of Pediatric Surgery, 16:519-520, 1981

- 15 - McEvedy, P.G.: Femoral Hernia.
Annals of Royal Collage of Surgeons of England, 7:484-496, 1950
- 16 - McVay, C.B.: The Anatomic Basis for Inguinal and Femoral Hernioplasty.
Surgery, Gynecolgy and Obstetrics, 139:931-945, 1974
- 17 - McVay, C. B.: Inguinal Hernioplasty Common Mistakes and Pitfalls.
Surgical Clinics of North America, 46: 1089-1100, 1966
- 18 - Monro, A. K.: Femoral hernia.
In Abdominal Operations, edited by Maingot, R. New York Applenton-Century-Crofts, 7th ed., 1980
- 19 - Nyhus, L. M.: The Preperitoneal approach and Iliopubic Tract Repair for Femoral Hernia.
In Hernia, edited by Nyhus, L. M., Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 2nd Ed., 1978
- 20 - Ponka, J. L., Brush, B. E. : Problem of Femoral Hernia.
Archieves of Surgery, 102:417-423, 1971
- 21 - Rutledge, R.H.: Cooper's ligament repair for adult groin hernias.
Surgery, 87:601-610, 1980

- 22 - Skandalakis, J. E., Grey, S. W., and Rowe, J. S., Jr.:
Anatomical Complications in General Surgery. New York,
Mc Graw -Hill., 1983
- 23 - Smegberg, S.G.G. et al: Ligation of the Hernial Sac?
The Surgical Clinics of North America, 64:299-306, 1984
- 24 - Tanner, N. C. : A 'Slide' Operation for Inguinal and
Femoral Hernia
The British Journal of Surgery, 29:285-289, 1942
- 25 - Turner, D.P.B.: Prevascular Femoral Hernia.
British Journal of Surgery, 41:77-78, 1953
- 26 - Uğur , D. A. : inguinal ve Femoral Fıtıkların Cerrahi
Tedavisi.
Ankara, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Yayınları, 402
- 27 - Waddington, R. T. : Femoral Hernia: A Recent Appraisal.
British Journal of Surgery, 58:921-923, 1971
- 28 - Wapnic, S., MacKintosh, M., Mauchaza, B.: Shoelessness,
Enlarged Femoral Lymph Nodes, and Femoral Hernia.
The American Journal of Surgery, 126: 108-110, 1973
- 29 - Wheeler, M. H.: Femoral Hernia: Analysis of the Results
of Surgical Treatment.
Proceedings of the Royal Society of Medicine, 68:177-
180, 1975